FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1930

THESE

347

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ETAT

par

Henry CHARPENTIER

Né le 2 Avril 1901, à St-Révérien (Nièvre)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

KYSTES CONGÉNITAUX DE LA BASE DE LA LANGUE CHEZ LE NOUVEAU-NÉ

Président : M. LEREBOULLET, Professeur

LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE

MARCEL VIGNÉ

13, Rue de l'Ecole-de-Médecine, 13

PARIS

1930

347

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1930 — N° —

THESE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ETAT

par

Henry CHARPENTIER

Né le 2 Avril 1901, à St-Révérien (Nièvre)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES KYSTES CONGÉNITAUX DE LA BASE DE LA LANGUE CHEZ LE NOUVEAU-NÉ

Président : M. LEREBOULLET, Professeur

LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE

MARCEL VIGNÉ

13, Rue de l'Ecole-de-Médecine, 13

PARIS

—

1930

LE DOYEN..... M. ROGER

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	CUNÉO
Physiologie	ROGER
Physique médicale	STROHL
Chimie médicale	DESGREZ
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	N...
Anatomie pathologique	ROUSSY
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive	TANON
Médecine légale	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIER
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	M. VILLARET.
Clinique médicale	CARNOT. BEZANÇON ACHARD Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER
Clinique chirurgicale	DELBET HARTMANN LEJARS
Clinique ophtalmologique	GOSSET
Clinique urologique	TERRIEN
Clinique d'accouchements	LEGUEU COUVELAIRE BRINDEAU
Clinique gynécologique	JEANNIN
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	J.-L. FAURE
Clinique thérapeutique médicale	OMBRÉDANNE
Clinique oto-rhino-laryngologique	VAQUEZ
Clinique thérapeutique chirurgicale	SEBILEAU
Clinique propédeutique	Pierre DUVAL.
Professeur sans chaire	SERGENT
Clinique de la tuberculose	MAUCLAIRE.
	L. BERNARD.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	
ALAJOUANINE	Neurologie et psychiâtrie.
BIDET	Physiologie.
AUBERTIN	Pathologie médicale.
BÉNARD (Henri)	Pathologie médicale.
BLANCHETIÈRE	Chimie biologique.
BROCQ	Pathologie chirurgicale.
BRULÉ	Pathologie médicale.
CADENAT	Pathologie chirurgicale.
CATHALA	Pathologie médicale.
CHABROL	Pathologie médicale.
CHEVALLIER	Pathologie médicale.
DE GAUDART D'ALLAINES	Pathologie chirurgicale.
DOGNON	Physique.
DONZELOT	Pathologie médicale.
ÉCALLE	Obstétrique.
FEY	Urologie.
GARNIER	Pathologie expérimentale.
GASTINEL	Bactériologie.
GATELLIER	Pathologie chirurgicale.
GIROUD	Histologie.
HARVIER	Pathologie médicale.
HOVELACQUE	Anatomie.
HUTINEL	Pathologie médicale.
JOANNON	Hygiène.
JOYEUX	Parasitologie.
LABBÉ (Henri)	Chimie biologique.
LAROCHE (Guy)	Pathologie médicale.
LEMAITRE	Oto-rhino-laryngologie.
LEROUX	Anatomie pathologique.
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
LÉVY-VALENSI	Neuro-psychiâtrie.
LIAN	Pathologie médicale.
MERCIER (Fernand)	Pharmacologie.
MILLOT	Histologie.
MONDOR	Pathologie médicale.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET	Pathologie chirurgicale.
MOURE	Pathologie chirurgicale.
MULON	Histologie.
OBERLING	Anatomie pathologique.
OLIVIER	Anatomie.
PIÉDELIÈVRE	Médecine légale.
PORTES	Obstétrique.
QUENU	Pathologie chirurgicale.
RICHET Fils	Physiologie.
SÉZARY	Dermatologie et syphiligraphie.
VALLERY-RADOT (Pasteur)	Pathologie médicale.
VAUDESCAL	Obstétrique.
VELTER	Ophtalmologie.
VERNE	Histologie.
VIGNES	Obstétrique.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.	
BUSQUET	Pharmacologie.
GOUGEROT	Pathologie médicale.
GUÉNIOT	Obstétrique.
LEQUEUX	Obstétrique.
NEVEU-LEMAIRE	Parasitologie.
RETTERER	Histologie.
ZIMMERN	Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.	
ALGLAVE	Clinique chirurgicale.
AUVRAY	Clinique chirugicale.
BASSET	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU	Clinique obstétricale.
LAIGNEL-LAVASTINE	Clinique médicale.
LE LORIER	Clinique obstétricale.
LÉVY-SOLAL	Clinique obstétricale.
LÉRI	Clinique médicale.
METZGER	Clinique médicale.
MOCQUOT	Clinique chirurgicale.
PROUST	Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ	Clinique chirurgicale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
MAUCLAIRE, agrégé	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY	Stomatologie.
CHAILLEY-BERT	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
WEILL-HALLE	Puériculture

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leur auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MON TRISAIEUL

LE DOCTEUR THÉOPHILE CHARPENTIER

Chirurgien de 1re classe de la Marine

A LA MEMOIRE DE MON BISAIEUL

LE DOCTEUR THÉOPHILE CHARPENTIER

Médecin à Prémery (Nièvre)

AU SOUVENIR DE MON GRAND-PERE

LE DOCTEUR LÉOPOLD CHARPENTIER

Médecin à Prémery (Nièvre)

A MON PERE

LE DOCTEUR HUBERT CHARPENTIER

Médecin à Prémery (Nièvre)

Témoignage de pieuse affection
et de profonde reconnaissance.

A LA MEMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS

A MA CHERE GRAND'MERE

A MA MERE

En témoignage de ma profonde affection.

A MA FAMILLE

A MON COUSIN

LE DOCTEUR MARCEL LEBOEUF

Ancien député de la Nièvre

A MON ONCLE

LE DOCTEUR J.-E. PARENT (de Québec)

A MES AMIS

A MON AMI

LE DOCTEUR ROGER CASSOU

Ancien médecin-chef du 51e B. C. C.

Assistant de radiologie à l'Hôpital militaire Desgenettes, à Lyon

Auquel nous devons un service militaire agréable.
En souvenir des bons moments passés ensemble à Bourges et ailleurs.

A Monsieur le Professeur Adrien POZZI

Professeur de clinique chirurgicale
à l'Ecole de médecine de Reims

Qui fut notre premier maître.
Nous lui sommes redevables de nos premiers enthousiasmes et de l'amour de notre profession.

Qu'il veuille bien recevoir ici l'hommage de notre respectueuse affection et de notre profonde vénération.

A Monsieur le Docteur BOUVIER

Chirurgien des Hôpitaux de Reims

En reconnaissance de l'enseignement précieux qu'il nous a donné.

Qu'il veuille bien trouver ici, pour l'intérêt qu'il nous a toujours porté au cours de nos études, l'expression de toute notre gratitude.

A MES MAITRES DES HOPITAUX

ET DE L'ECOLE DE MEDECINE DE REIMS

A Monsieur le Docteur GUILLEMOT

Médecin de l'Hôpital Bretonneau

A Monsieur le Docteur André BLOCH

Oto-rhino-laryngologiste de l'Hôpital Bretonneau

Auxquels nous devons l'idée de ce travail et de précieux conseils.

Qu'ils veuillent bien trouver ici l'expression de nos sincères remerciements et de notre vive reconnaissance.

A Monsieur le Docteur Jules RENAULT

Médecin de l'Hôpital Saint-Louis

Membre de l'Académie de Médecine

Qui nous a toujours témoigné sa plus affectueuse sympathie.

Son indulgente et paternelle bienveillance ne nous fit jamais défaut dans les moments difficiles. Nous tenons à lui exprimer aujourd'hui toute notre vivre gratitude et le prions d'accepter l'hommage de notre respectueuse affection.

A MES MAITRES DES HOPITAUX

ET DE LA FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

A MON PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur LEREBOULLET

Professeur d'Hygiène et de Clinique de la première Enfance

Qui nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

PREFACE

Le sujet de notre thèse nous a été inspiré par M. le Docteur Guillemot et M. le Docteur André Bloch. Nous les remercions vivement du charmant accueil qu'ils nous ont réservé dans leurs services. Nos remerciements vont aussi à M. le Professeur Lereboullet qui a bien voulu accepter la présidence de notre thèse.

Avant de quitter pour toujours la vie d'étudiant, nous tenons à exprimer notre respectueuse reconnaissance à tous nos maîtres du vieil Hôtel-Dieu de Reims et des Hôpitaux de Paris qui nous ont formé à leur école et auxquels nous sommes redevables de tout notre enseignement clinique.

Pour terminer :

— Une pensée à tous ceux près desquels nous avons vécu pendant ces années d'études et qui, par l'affection qu'ils nous ont prodigué, les ont rendues plus agréables.

— Un adieu ému aux camarades et aux amis joyeux que nous quittons avec regret.

Toujours nous garderons d'eux tous le meilleur des souvenirs.

INTRODUCTION

La région de la base de la langue correspond à un territoire embryologique où ont pu persister des éléments embryonnaires. On y trouve quelquefois des formations kystiques, apparentes déjà à la naissance ou se développant plus tard, qui ont comme origine des débris vestigiaux du canal thyro-lingual de Bochdalek.

On les divise en kystes mucoïdes et kystes colloïdes, ces derniers encore appelés « goîtres linguaux » par certains auteurs.

Ils ont un point de départ identique (l'ébauche thyroïdienne médiane), une même sympomatologie, un même siège au niveau du V lingual, aussi leur diagnostic différentiel n'est-il possible le plus souvent qu'après extirpation lors de l'examen histologique.

Nous limiterons strictement ce modeste travail à l'étude de ces tumeurs chez le nouveau-né. Au début, un rappel de quelques notions d'embryologie nous aidera à expliquer la théorie pathogénique admise à l'heure actuelle. Leurs caractères communs seront décrits ensemble. Nous signalerons, en nous appuyant sur deux ou trois observations, les accidents graves qu'ils peuvent provoquer, préciserons les éléments permettant de les différencier et indiquerons leur traitement.

HISTORIQUE

Le début de l'étude clinique des différents kystes du canal thyréo-glosse (kystes linguaux, sus et sous-hyoïdiens), date d'un siècle à peu près.

Les premiers travaux portent sur une de leurs complications fréquentes : les fistules, décrites en 1829 par Dzondi. (Dès 1789 Hunczowsky avait déjà parlé des fistules sous-hyoïdiennes, mais sans succès.)

En 1831, le nom de kyste thyro-hyoïdien est prononcé par Boyer dans son traité des maladies chirurgicales. Il juge ces tumeurs inopérables et c'est Dupuytren qui, la même année, montre que leur extirpation est possible.

Dans les années suivantes, Hawkins 1839, Wernher 1843, Gilles 1853, publient quelques observations et fixent l'attention sur ces tumeurs.

Vient alors Bochdalek (1866). Il décrit le canal qui porte son nom et dit que ces kystes peuvent fort bien résulter d'une ectasie de ce canal.

Neumann, dix ans plus tard, marche dans le même sens que Bochdalek et appuie ses idées sur des observations.

Et c'est en 1885 que cette théorie pathogénique est soulevée en France par Verchère et Denucé, théorie admise un an après par Lannelongue et Achard (Traité

des kystes congénitaux), qui en étudient la structure et la pathogénie.

Cette théorie de l'enclavement se généralise et est appliquée à tous les kystes médians de la langue et du cou (Bland, Sutton, Streckeisen).

On trouve, à partir de ce moment, de nombreuses observations et thèses, de nombreux travaux.

— 1891, Broca parle des fistules et des kystes congénitaux du cou dans le Traité de chirurgie de Duplay en France.

En 1893, nouveaux documents dans des thèses de Genève, Lyon, Paris.

Dans une « communication à la Société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux », en 1894, Denucé prétend que tous les kystes congénitaux revêtus intérieurement d'un épithélium cylindrique (kystes linguaux, sus et sous-hyoïdiens) ont une même origine thyro-linguale.

1895 apporte deux thèses qui viennent confirmer la théorie de Bochdalek :

Chemin, à Bordeaux (Contribution à l'étude des restes du canal de Bochdalek) ;

Martin, à Paris (Kyste du canal thyro-lingual).

En 1897, Tillmanns rapporte des cas de Kast, Wolf, Bernays, Warren.

On trouve ensuite des observations de Hickman, Smidt, Rumpel, Von Chamisso.

Le mouvement s'amplifie et paraissent successivement d'autres thèses et de nouvelles observations :

En 1898, Roques, à Montpellier.

En 1900, Armeilla.

En 1901, Petit et Veau, à Paris.

En 1902, les thèses de Garcin, à Lyon, Chevalier, à Lille, Germond, à Paris, apportent un nouvel appui à la théorie de Bochdalek.

En 1906, Berger rapporte le cas de Teweles.

Les observations et les ouvrages se multiplient aussi bien en France qu'à l'étranger et viennent confirmer cette thèse généralement admise aujourd'hui. — Observations de Goris, Jacques, Quensel. Article de Bérard (1909) dans le *Nouveau Traité de Chirurgie* de Le Dentu et Delbet. Thèse de Dorion (1909). Suivent enfin : 1911, « Kystes mucoïdes de la cavité buccale », par le Professeur Dieulafé, dans le *Traité de Stomatologie* de Gaillard et Nogué ; thèses de Ithier (Bordeaux, 1921), de Lautron (Paris, 1922) et de Larroque (Toulouse, 1923).

Suivent les travaux de Lejars, de Kirmisson, et Reclus.

EMBRYOLOGIE

Ce bref aperçu de l'embryologie de la langue va nous permettre de comprendre la formation du canal thyréo-glosse de Bochdalek, dont la persistance anormale de certains segments donnera naissance aux kystes congénitaux qui nous occupent ici.

La langue provient de deux bourgeons embryonnaires qui, en se développant, s'avancent l'un vers l'autre. L'un, antérieur, constituera le corps de la langue, c'est le « tuberculum impar ». L'autre, la « furcula » de His, postérieur, ne formera que la région de la base de la langue.

Ce dernier prend la forme d'un V ouvert en avant et, en progressant, vient emboîter l'extrémité postérieure du « tuberculum impar » qui vient à sa rencontre.

Le V lingual des papilles caliciformes est le vestige de la ligne de jonction de ces deux bourgeons.

Avant la réunion complète de ces deux ébauches antérieure et postérieure, apparaît dans leur intervalle le canal thyréoglosse et Bochdalek. C'est d'abord un cul-de-sac qui, en s'allongeant, devient un boyau creux et donne naissance, par son extrémité inférieure, à la « pyramide de Lalouette », portion médiane de la glande thyroïde.

Le canal de Bochdalek part du *foramen cœcum*,

qui se trouve au sommet du V lingual, passe en avant du larynx et se termine à la pyramide de Lalouette. Son existence normale est éphémère, il ne persiste que jusqu'à un certain stade de la vie intra-utérine, la cinquième semaine environ.

Il se comble alors et disparaît peu à peu, se transformant en un tractus fibreux qu'on ne retrouve même plus en général chez l'adulte. Le foramen cœcum et la pyramide de Lalouette en sont les seuls vestiges normaux.

Mais, sous des influences encore inconnues, ce canal transitoire peut persister en totalité ou seulement en partie au lieu de disparaître complètement. Et, le plus souvent, c'est la portion sus-hyoïdienne, constituant le canal lingual dont Chemin a donné la description suivante : « Du foramen cœcum, le canal descend dans le septum médian de la langue en décrivant une légère courbe à concavité postérieure, et atteint la membrane hyoglossienne dans l'épaisseur de laquelle il paraît compris. Il s'arrête le plus souvent au bord supérieur de l'os hyoïde. »

De ce conduit principal peuvent partir, en un point quelconque de son trajet, des diverticules formant de petites glandes thyroïdes accessoires.

La structure du canal thyro-lingual, pendant sa courte période normale de perméabilité chez l'embryon comme dans les cas de sa persistance anormale chez l'adulte, montre qu'il est tapissé intérieurement par un épithélium cylindrique cilié, ce qui constitue un caractère constant déjà signalé par Bochdalek.

PATHOGENIE ET ETIOLOGIE

Les kystes congénitaux de la base de la langue proviennent de l'ectasie partielle du canal thyréo-glosse de Bochdalek dans sa portion linguale.

Cette théorie congénitale, discutée un moment par l'école anglaise, qui niait l'existence du canal thyro-lingual, est généralement admise aujourd'hui et a été mise en lumière depuis Bochdalek par un grand nombre de travaux et de thèses dont nous avons signalé les principaux titres et auteurs au cours de notre résumé historique du début.

Leur situation sur la ligne médiane, leur architecture histologique, la présence sur leur paroi interne d'un épithélium cylindrique cilié, rappellent en tous points les caractères ordinaires du canal thyro-lingual de Bochdalek dont ils dérivent et dont la persistance en partie est la cause nécessaire et indispensable de leur développement. Leur étiologie est obscure. Le sexe ne paraît pas avoir une grande influence et les avis à ce sujet sont partagés.

Le rôle de l'hérédité n'a pas pu être établi.

La seule chose qu'on puisse noter chez quelques-uns de ces malades, c'est la co-existence d'autres malformations congénitales ou la présence de certains stigmates de dégénérescence.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE ET HISTOLOGIE

Le siège de ces kystes congénitaux est toujours à la base de la langue, sur la ligne médiane, dans la région du V lingual (foramen cœcum), immédiatement en avant de l'épiglotte. Ce siège constant est en rapport avec leur origine. Leur volume varie entre celui d'une cerise, d'une noix, d'un œuf.

En général, il s'agit d'une tumeur de forme sphérique ou ovoïde faisant saillie sur le dos de la langue sous la muqueuse glosso-épiglottique. Tant qu'elle n'a pas une certaine grosseur, elle n'est apparente que lorsqu'on tire la langue en avant. On peut aussi se servir d'un miroir laryngoscopique qui facilitera l'examen de cette région.

D'autres fois, profondément enfoncé dans l'épaisseur de la langue, ne faisant qu'une faible saillie à sa surface, elle produit un gonflement diffus de sa base, perceptible sur le plancher buccal et à la région sus-hyoïdienne. Elle peut refouler le voile du palais et même encombrer le pharynx.

Cette tumeur est en général bien encapsulée, parfois facile à délimiter par la palpation, et nettement fluctuante, mais d'autres fois molle et à limites diffuses.

La muqueuse qui la couvre est normalement rose et mobile.

Considérons maintenant alternativement la paroi et le contenu de ces deux variétés de kystes congénitaux.

I. — *Kystes mucoïdes.*

a) La paroi est résistante en général, lisse et d'épaisseur variable. A l'intérieur du kyste, elle peut présenter des cloisons, des inégalités, des plis.

L'examen histologique de la coupe montre qu'elle est formée de lamelles concentriques de tissu conjonctif ou élastique, avec un revêtement intérieur épithélial cylindrique muni de cils vibratiles.

b) Leur contenu est le plus souvent visqueux, filant, comparable à du blanc d'œuf ou à du mucus utérin. Il peut être citrin et de consistance huileuse, opalescent, ou brun s'il est troublé par la présence d'un peu de sang.

Au microscope, on y découvre des leucocytes, des cellules de la paroi avec ou sans cils, des cristaux de cholestérine, des hématies et des microbes s'il y a eu infection.

II. — *Kystes colloïdes.*

Ils ont l'aspect extérieur des kystes mucoïdes, avec lesquels on les confond constamment. Microscopiquement, la coupe ressemble à celle d'un corps thyroïde normal ou d'un goître. On y voit parfois des cavités à contenu colloïde.

Le microscope montre l'architecture du tissu thyroïdien.

SYMPTOMATOLOGIE

Le kyste congénital de la base de la langue passe souvent inaperçu à la naissance parce que petit et indolent. D'ailleurs, il n'est pas très fréquent à ce moment. D'autres fois, un peu plus gros, son existence est reconnue et à peine apporte-t-elle un léger trouble à l'allaitement du nourrisson. Il peut être parfaitement bien supporté et n'inquiétera le malade ou son entourage que plus tard, quand il aura pris un développement plus accentué.

Une observation de Verchère et Denucé montre un enfant de cinq ans présentant un kyste énorme de la base de la langue depuis sa naissance.

Une autre, de Denucé, parle d'un enfant de six ans et demi ayant depuis sa naissacne un kyste de la base de la langue de la grosseur d'une noix.

Neumann a vu se présenter à lui un homme de cinquante-deux ans avec une langue énorme par suite de l'évolution d'un kyste congénital de la base de la langue, apparu à sa naissance.

Mais si, comme le prouvent ces différents cas, le kyste congénital de la base de la langue peut être bien toléré dès les premiers jours de la vie, sa présence donne lieu parfois à des troubles marqués et intenses, traduisant

sant l'obstruction de l'isthme bucco-pharyngé. On constate une gêne considérable de la succion et de la déglutition, des troubles respiratoires allant de la simple dyspnée jusqu'à la crise asphyxique.

Hickman rapporte un cas où cette tumeur kystique, repoussant l'épiglotte sur le larynx, a occasionné la mort 16 heures après la naissance.

Johnson a vu un de ces kystes provoquer l'asphyxie d'un tout jeune nourrisson par compression de l'épiglotte.

Dans l'observation d'un petit malade, que nous avons vu à l'Hôpital Bretonneau, et que nous avons placée à la fin de ce travail, nous retrouvons ces accidents asphyxiques qui auraient certainement eu une issue fatale sans l'intervention heureuse de M. le Docteur André Bloch. Tout ceci pour les signes généraux et fonctionnels. Quant aux signes physiques, ce sont les suivants :

L'inspection révèle au niveau de la pointe du V lingual, sur le dos de la langue, la saillie correspondante à la tumeur, ou encore montre simplement un épaississement de toute la base de la langue. La muqueuse n'apparaît pas modifiée et a son aspect rosé normal.

Le toucher digital sent le kyste au devant de l'épiglotte. Il se révèle comme régulier, toujours lisse, mobile sur les plans sous-jacents, et indolent.

Son volume varie entre celui d'un pois, d'une noix, d'une châtaigne.

Elle est de consistance molle ou fluctuante. Pas d'adénopathie.

Quelquefois, on note l'absence de la glande thyroïde normale, ce qui est un signe en faveur du « goître lingual » et qui a une importance considérable au point de vue du traitement chirurgical pour éviter le myxœdème post-opératoire.

EVOLUTION — COMPLICATIONS — PRONOSTIC

Ces kystes ne rétrocèdent jamais.

En dehors des cas où, prenant immédiatement et rapidement de l'extension, elles provoquent les accidents graves que nous avons relatés au chapitre précédent, ce sont des tumeurs qui restent fréquemment très longtemps stationnaires. Le plus souvent, elles augmentent de volume au moment de la puberté ou à un âge plus avancé, quelquefois à l'occasion d'un inflammation de la gorge, de la gravidité.

Cette évolution peut se faire plus ou moins rapidement. Lentement et d'une façon progressivement croissante, tel est le cas le plus fréquent. On voit aussi ces kystes atteindre en quelques mois un volume considérable.

Les troubles qu'ils engendrent alors chez les malades relèvent de la symptomatologie banale des tumeurs de la base de la langue :

Soit simple sensation de gêne, envie continuelle de déglutir à vide, salivation exagérée, toux pharyngée sèche, gêne de la mastication.

Ou bien, troubles vocaux, voix nasonnée et parole pâteuse.

Troubles respiratoires d'intensité variable : simple

dyspnée ; crises dyspnéiques si graves que, chez le malade signalé par Gellé et Bertin, on dut pratiquer une trachéotomie ; accès de toux et de suffocation (malade de Chamisso).

Un développement exagéré peut provoquer une déviation des arcades dentaires et même une déformation des maxillaires, comme dans les deux observations rapportées par Verchère et Denucé.

L'inflammation, la suppuration et la fistulisation sont les principales complications qui peuvent survenir.

On n'a pas observé de transformation cancéreuse.

Le pronostic de ces affections est bon, sauf dans le cas où elles provoquent des accidents asphyxiques.

DIAGNOSTIC

La tuméfaction et les troubles fonctionnels, quand il en existe, font diagnostiquer une tumeur de la base de la langue.

Mais quelle en est la variété ?

Le fibrome de la langue, rare chez l'adulte, n'existe pas à la naissance. « Les prétendus fibromes congénitaux de Masson et Gibb, dit Lenormand, étaient vraisemblablement des tumeurs mixtes d'origine glandulaire. »

Le lipome siège à la pointe de la langue ou à la partie moyenne, et, comme le fibrome, c'est une rareté clinique surtout chez le nouveau-né. On n'en connnaît qu'un cas, siganlé par Heymann.

Aussi rare est le sarcome congénital, dont on ne connaît que deux observations (Jacobi-Delblanco).

On reconnaîtra un angiome à ses signes propres : surface bosselée, teinte foncée, réductibilité possible de la masse, perception de battements.

La macroglossie par lymphangiome ou hypertrophie musculaire est une tumeur diffuse occupant toute l'étendue de la langue.

A la base se rencontre l'amygdale linguale, mais l'examen montre qu'il s'agit d'une tuméfaction super-

ficielle ne formant pas tumeur dans l'épaisseur du tissu de la langue.

Le kyste dermoïde siège toujours au voisinage de la pointe. Celui du plancher buccal, pouvant s'insinuer en arrière dans l'épaisseur de la base de la langue, peut prêter à confusion. Sa morphologie (il n'est pas régulièrement arrondi), sa consistance pâteuse, aiguillent vers le diagnostic. La ponction exploratrice lève le doute.

Une tumeur médiane de la base de langue développée au niveau du foramen cœcum, sans transformation de la muqueuse, que le toucher révèle comme fluctuante, mobile et indolente, doit faire penser à la probabilité d'un kyste du canal thyro-lingual.

La différenciation du kyste mucoïde et du kyste colloïde, au point de vue clinique, ne peut être faite.

Ils ont un siège identique sur la partie médiane de la base de la langue, au niveau du foramen cœcum. La muqueuse qui les recouvre présente un aspect normal, leur consistance est molle ou fluctuante, on voit apparaître les mêmes troubles fonctionnels.

L'absence de corps thyroïde principal, signalée par plusieurs auteurs, la co-existence d'autres tumeurs thyroïdiennes, pourront aiguiller.

Mais, la plupart du temps, on ne fera le diagnostic de leur nature qu'après l'extirpation et l'examen histologique, qui viendra apporter une preuve définitive.

TRAITEMENT

Les tentatives de traitement médical par l'iode et l'arsenic n'ont pas donné de résultats. Les badigeonnages irritants et les cautérisations non plus. Les incisions, les ponctions suivies d'injections modificatrices et sclérosantes avec de la teinture d'iode ou du chlorure de zinc ont été abandonnées également devant leur peu d'efficacité et la menace de danger dont elles ne sont pas exemptes.

Certains auteurs préconisent la diathermie, mais son application en cette région est difficile et peut provoquer des accidents.

Actuellement, le traitement est surtout chirurgical et aboutit à l'extirpation de la tumeur, immédiate si cette dernière devient gênante ou est un obstacle aux fonctions physiologiques normales de l'enfant, pratiquée un peu plus tard, si elle n'apporte aucun trouble, pour éviter une intervention toujours délicate chez un aussi jeune enfant.

Deux grandes voies s'offrent au chirurgien : la voie buccale et la voie hyoïdienne.

Nous allons rapidement donner un léger aperçu des techniques opératoires, bien réglées par différents auteurs, et noter les indications particulières, les avantages et les inconvénients de chacune d'elles.

I. — Voie buccale.

a) *Voie buccale normale* (Verneuil-Ozenne). — Aucune manœuvre particulière. Attirer la langue au dehors de la bouche aussi loin que possible. Incision longitudinale sur le milieu de la tumeur. Enucléation du kyste. Si cela est impossible, inciser la poche et employer la curette.

Réunion des deux lèvres de la plaie au catgut.

b) *Voie buccale sub-linguale* (Goris, de Bruxelles). — Variante de la précédente, cette opération permet d'attirer la langue loin au dehors et de rendre ainsi le kyste plus accessible. Elle est précédée d'une crico-trachéotomie avec mise en place d'une canule trachéale. Tamponnement du pharynx à la gaze.

Une incision courbe au plancher de la bouche en arrière de la symphyse du menton jusque et y compris les muscles génio-glosses, permet d'attirer la langue très loin et de découvrir la tumeur qui arrive ainsi jusque près de l'arcade dentaire.

On opère ensuite et termine comme précédemment.

L'une de ces deux techniques sera employée pour une petite tumeur superficielle faisant saillie dans la cavité buccale et d'autant plus qu'il y aura urgence. (Par exemple, en cas de menace d'asphyxie chez un nourrisson affaibli comme celui dont nous reportons l'histoire au chapitre suivant.)

Cette voie buccale a l'avantage de la simplicité opératoire et évite une cicatrice disgracieuse. Mais on est gêné par les lèvres, les arcades dentaires et les faibles

dimensions de la bouche. L'anesthésie, un peu délicate, est un autre inconvénient.

II. — Voie hyoïdienne. — Deux grandes méthodes :

a) *Voie sus-hyoïdienne simple* (Lucke-Bernays), dont Reclus a donné les règles opératoires. — Elle est moins pratique que la seconde, car elle ne donne pas assez de jour.

Incision sur la ligne médiane du bord inférieur du menton à l'os hyoïde. Avec la sonde cannelée, séparer les muscles génio-hyoïdiens et mylo-hyoïdiens que l'on charge à droite et à gauche sur des écarteurs. Ponction de la portion du kyste mise à nu, extirpation de la poche et fermeture de la plaie.

b) *Voie trans-hyoïdienne* (Dubar, Galisch, Berger. Vallas, de Lyon, qui l'a décrite dans un mémoire de 1900).

Le premier temps de l'opération comprend la section de la peau de la symphyse mentonnière jusqu'à l'angle supérieur du cartilage thyroïde. Incision de l'aponévrose superficielle, du raphé médian intermédiaire aux mylo-hyoïdiens. L'écartement des muscles génio-hyoïdiens permet de passer librement entre les muscles hyo-glosses sans avoir à recourir à une section musculaire.

Dans un deuxième temps, on dénude l'os hyoïde et on le sectionne sur sa ligne médiane.

Le troisième temps consiste à placer deux écarteurs sur les fragments de l'os, qui entraînent avec eux les fibres des mylo-hyoïdiens. On arrive ainsi sur la base

de la langue et la partie inférieure de la tumeur qu'on peut extirper assez facilement.

Suture de l'os hyoïde avec un fil d'argent et mise en place d'un petit drain.

On suivra cette voie en cas de tumeur linguale inférieure, assez volumineuse, surtout si on a une bouche étroite et une langue charnue. Par cette méthode, on opère à l'aise, on aborde facilement le kyste, l'anesthésie est facile, le sang et la sérosité s'écoulent librement au dehors, on évite la bouche en même temps que l'infection.

Inconvénient d'une cicatrice visible.

Les suites opératoires sont bénignes. La récidive n'est pas la règle et la guérison se maintient si l'opérateur a pratiqué l'extirpation de la masse principale. Larroque, dans sa thèse, signale le fait curieux qu'il n'a point trouvé de récidives dans les observations se rapportant à des kystes linguaux.

Il faut craindre le myxœdème post-opératoire si la palpation du cou n'a pas révélé avec certitude l'existence d'un corps thyroïde normal. Dans ce cas, il est prudent de laisser un fragment qui assurera les fonctions physiologiques dévolues à la glande thyroïde.

OBSERVATION

Cette observation porte sur un nourrisson de quelques jours, hospitalisé à Bretonneau dans le service de M. le Docteur André Bloch. Ce dernier présenta l'enfant un mois plus tard à la Société de Laryngologie des Hôpitaux de Paris. Nous avons retrouvé le petit malade ces temps derniers et avons pu retracer son histoire pathologique.

B. R., garçon né à terme le 2 octobre 1927, pesant 4.500 gr. Ayant refusé de prendre le sein, la sage-femme s'inquiète le troisième jour, examine la cavité buccale du nourrisson et aperçoit, à la base de la langue, située sur la ligne médiane, une petite tumeur grosse comme la moitié d'une noix. Elle remarque de plus qu'il éprouve une certaine gêne à respirer.

Consultation à l'Hôpital Bretonneau, où M. le Docteur Bloch conseille d'attendre, envisageant pour ultérieurement un traitement diathermique. Pendant cinq jours, tant bien que mal, la mère alimente son jeune fils au biberon. Il perd 1.500 gr.

Puis les troubles fonctionnels des premiers jours s'accentuent rapidement, surtout les troubles respiratoires. Pendant la nuit, l'enfant présente une crise d'asphyxie, il étouffe, se cyanose, et c'est dans cet état alar-

mant (considéré par les parents comme perdu) qu'on l'amène à l'Hôpital.

« J'ai donc été obligé d'intervenir d'une façon urgente, dit M. le Docteur Bloch. De toute évidence, la tumeur, augmentant de volume, comprimait l'épiglotte et venait obstruer l'orifice supérieur du larynx, entraînant une asphyxie mécanique avec tirage laryngé très marqué.

« J'ai d'abord tenté une ponction au trocart, pensant évacuer du liquide, mais sans résultat, le contenu de la tumeur étant, ainsi que j'ai pu le constater ensuite, beaucoup trop consistant pour passer par l'aiguille.

« La tumeur, nullement pédiculée, siégeait, comme avait l'impression très nette au toucher qu'elle se prolongeait en arrière et assez bas sur la paroi verticale je viens de le dire, au niveau du V lingual, et l'on avait l'impression très nette au toucher qu'elle se prolongeait en arrière et assez bas sur la paroi verticale de la base de la langue de telle sorte que l'on pouvait craindre de ne pouvoir accéder sur elle par les voies naturelles, d'autant que l'on était gêné par surcroît par les faibles dimensions de la bouche de ce nourrisson de neuf jours.

« Néanmoins, en saisissant la langue et en la projetant vigoureusement en avant avec une pince, j'ai pu, beaucoup plus facilement que je ne m'y attendais, inciser et curetter la poche, qui contenait une substance mucoïde assez épaisse, et me rendre compte qu'elle était beaucoup plus volumineuse que ne le révélait l'examen.

Il existait en effet une sorte de clivage des plans musculaires de la langue que la tumeur avait en quelque sorte dissociés, déterminant une hypertrophie en masse de la langue et affleurant en avant sa portion médiane et ses portions latérales.

« J'ai fait quelques points de suture au catgut pour arrêter l'hémorragie.

« Toute cette intervention extrêmement rapide, et faite, bien entendu, sans anesthésie d'aucune sorte.

« L'enfant a été hospitalisé à Bretonneau. Nous avons pu heureusement constater que les phénomènes de dyspnée laryngée avaient cessé immédiatement et que l'enfant a pu aussitôt boire normalement. Actuellement, il est tiré d'affaire (il a d'ailleurs été revu en bon état, ayant gagné normalement du poids). Il est vraisemblable que la tumeur récidivera tôt ou tard, car nous ne pouvions nullement avoir la prétention de l'extirper totalement, mais simplement de parer d'urgence à des accidents immédiats. Néanmoins, je crois qu'une trachéotomie aurait été ici très aléatoire : à plus forte raison aurait été scabreuse une tentative chirurgicale sur la tumeur par voie trans-hyoïdienne, et j'ai l'impression, dans l'état où se trouvait le jeune malade, qu'il aurait succombé. Il sera toujours temps, plus tard, de compléter l'intervention, et nous nous proposons de suivre cet enfant et de le revoir régulièrement.

« Quant à la nature de la tumeur, qui paraît bien être un kyste d'origine thyroïdienne, il n'a pas été malheureusement possible d'en faire pratiquer un examen histologique. »

Comme antécédents héréditaires, on ne trouve rien :

Grands-parents bien portants.

Père bien portant.

Mère également. Première grossesse (accouchement normal à terme, délivrance naturelle et complète, placenta normal).

Nous avons revu l'enfant ces jours-ci, actuellement âgé de deux ans et huit mois. Il jouit d'une parfaite santé.

Respiration et déglutition tout à fait normales. Il parle bien, sa voix est claire et nette, les mots qu'il prononce sont bien articulés.

A l'examen, on voit, dans la région du V lingual. sur le dos de la langue, une cicatrice un peu saillante

Le toucher digital ne révèle rien d'anormal. Pas de noyau sus-hyoïdien.

A noter chez cet enfant la présence à droite d'un pied bot varus équin congénital.

CONCLUSIONS

Les kystes congénitaux de la base de la langue sont des restes de l'ébauche thyroïdienne médiane ou reliquats partiels de la portion linguale du canal de Bochdalek.

On les rencontre quelquefois déjà développés chez le nouveau-né, où, en général, ils sont bien supportés, mais chez lequel ils peuvent donner lieu à des troubles asphyxiques rapides et d'emblée très graves, nécessitant une intervention chirurgicale d'urgence.

Ils ne rétrocèdent jamais, augmentent de volume immédiatement, ou restent latents pour ne s'accroître qu'à un âge plus avancé de la vie, moment coïncidant souvent avec la puberté.

Leur pronostic n'est grave que dans les cas où ils obstruent l'orifice supérieur du larynx.

Seul, l'examen histologique permet d'affirmer leur diagnostic différentiel.

Leur traitement est l'extirpation chirurgicale.

Vu le Doyen, *Vu le Président,*
ROGER. P. LEREBOULLET.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLÉTY.

SERMENT

En présence des maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais de salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

Henry Charpentier.

BIBLIOGRAPHIE

Affre. — Des kystes thyroïdiens. (Thèse de Paris, 1875.)

Armstrong. — Persistance du conduit thyréo-glosse. (Ann. or. surg., 1899, p. 719.)

Armeilla. — Le goître lingual. (Thèse de Lyon, 1900.)

Bacht. — Des kystes thyro-hyoïdiens médians ou kystes du canal thyro-lingual. (Bull. Soc. Méd. Chrirur. de la Drôme, Valence 1902, III, p. 28.)

Bard. — Lyon Médical, 1888.

Bloch A. — Kyste congénital de la base de la langue. (Soc. de laryng. des Hôp. de Paris, 9 nov. 1927.)

Beer. — Excision of the thyroglossal duct sinus. (Ann. surg. Phila., 1920, LXXI, 218.)

Benjamins. — Un cas de goître de la racine de la langue. (Nederl. Tijdsch. voor genes , 1899.)

Bérard. — Corps thyroïde, fasc. XX. (Nouveau traité de chirurgie Le Dentu et Delbet.)

Berger. — Goître lingual. (Bull. Soc. chirurgie, 1906.)

Berneys. — St-Louis med. and surg. Journ. Octobre 1888, p. 201.

Bochdaleck. — Ueber das foramen cœcum der Zunge. (œsterrich zetischrkift für prackt Heilkande. — Vienne 1866, XII, nos 36, 37, 42, 45.)

Boss. — Ein fall von zyste des ductus thyreoglossus. (Bert Klin, Wehnschr. 1921, t. VIII.)

Boyer. — Traité des maladies chirurgicales.

Branca. — Traité d'Embryologie.

Broca A. — Bulletin de la Société Anat. de Paris, 1889. (Traité de chirurgie de Duplay et Reclus, t. V.)

Carpenter G. — A tumour at the roof of the tongue for diagnosis. (A retention cyst or a misplaced thyroïd. Rev. soc. study Dis. child. London 1903-04, IV.)

Chastenet et Gery. — Kystes thyroïdiens. (Gaz. med. de Nantes 1907, XXV, p. 233.)

Chemin. — Contribution à l'étude des restes chez l'adulte de l'ébauche thyroïdienne médiane. (Thèse Bordeaux 1895-96.)

Vhevalier R. H. — Tumeurs linguales solides d'origine thyroïdienne. (Thèse Lille 1901-02).

Cerné. — Quelques observations de tumeurs et de fistules congénitales. (Arch. prov. de chirur. — Paris 1899 n° 1).

Clark et Farmer. — A case of congenital cyst of the thyroïdeyland in a child aged 1 year proding death by asphyxiation. (Lim. J. D.s. child. — Chicago 1913, VI, 408)

Cousins — Remarks on congenital cyst of the tongue. (Brit. M. Journ. — London 1902, I. 502).

Curtis et Gaudier. — Goître lingual. (Revue hebd. Laryng. 1902).

Delbet Pierre. — Kyste congénital thyro-hyoïdien. (Leçons de clin. chir. faites à d'Hôtel-Dieu, Paris 1899).

Denucé M. — Kystes du canal de Bochdaleck et du canal thyro-lingnal. (Journ. de méd. de Bordeaux 1894, XXIV, p. 108).

Dieulafé. — Maladies chirurgicales de la cavité buccale (Traité de stomatologie Gaillard et Nogué).

Garçin J. — Contribution à l'étude des Kystes du canal thyro-lingual. (Thèse de Lyon 1901-02).

Gaudier et Chevalier. — Tumeur thyroïdienne de la base de la langue. (Echo méd. du Nord 1902).

Gaudin et Arquembourg. — Kyste thyroïdien. (Bulletin soc. méd. département du Nord 1906, Lille 1906).

Géhé. — Des kystes de la langue. (Thèse Paris 1882).

Gertster. — New-York med. journ. 1883, t. XXXVII, p. 578.

Goris. — Tumeur thyroïdienne de la base de la langue. (Bulletin de l'Académie royale de Médecine de Belgique. Avril 1902).

His. — Anatomie menchlicher Embryonen. Leipzig 1880.

Johnson R. — Congenital cyst of the base of the tongue. (Tr. path. soc. London 1898-99, L, p. 62).

Lannelongue et Achard. — Traité des kystes congénitaux, 1886.

Larroque E. L. — Kystes congénitaux du canal thyéro-glosse. (Thèse Toulouse 1923).

Lautron — Kystes et fistules du canal thyéro-glosse. (Thèse Paris 1922).

Lenormant. — Précis de Pathologie chirurgicale. (T. II. Paris 1914).

Madies et Thaleimer. — Tumeur solide thyroïdienne de la base de la langue. (Arch. inteén. de laryng. Paris 1922, XXVIII, p. 60).

Martin. — Kystes du canal thyro-lingal. (Thèse de Paris 1895-96).

Mason. — Congenital tumour of the tongue in a patient. Oct. 27. Removal of one tumour, Lancet Londres 1863.

Neumann. — Arch. f. Klin. chir. 1877, p. 825.

Petit et de la Villeon — Kyste congénital thyro-hyoïdien à glandules salivaires ectopiques. (Journ. de méd., Bordeaux 1912, XXIV, p. 118).

Poirier. — Traité d'Anatomie Humaine.

Tawse H. B. — Thyroïd tumour from base of tongue. (Proc. Roy Soc. med. London 1922-23, XVI, Sect. laryngol. p. 21).

Thevenot L. — Les kystes congénitaux de la glande thyroïde. (Bull. med. 1907, XXI. p. 542).

Tourneux. — Précis d'Embryologie.

Veau. — Les kystes thyroïdiens. (Gaz. des Hôpitaux 1901).

Verchère et Denucé. — Bulletin de la Soc. Anat. 1885, p. 467).

Villar (F.) et Papin (F.). — Kyste du canal thyréo-glosse. (Journ. méd. Bordeaux 1919, XIX, p. 471).